

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

324

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 12 juin 1895, à 1 heure

Par VEILLET

Ancien interne de l'hôpital de Tours
Lauréat de l'Ecole de Médecine de Tours
Ancien externe des hôpitaux de Paris

Né au Fief-Sauvin (Maine-et-Loire), le 12 mars 1871

TUMEURS ÉRECTILES

DES

BOURGEONS CHARNUS

Président : M. FOURNIER, professeur.

*Juges : MM. { MONOD, professeur.
 { CHAUFFARD, GAUCHER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

324

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 12 juin 1895, à 1 heure

Par VEILLET

Ancien interne de l'hôpital de Tours
Lauréat de l'Ecole de Médecine de Tours
Ancien externe des hôpitaux de Paris

Né au Fief-Sauvin (Maine-et-Loire), le 12 mars 1871

TUMEURS ÉRECTILES

DES

BOURGEONS CHARNUS

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges : MM. MONOD, professeur.
CHAUFFARD, GAUCHER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1895

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIÉR	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISAUD	GLEYS	NETTER.	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETERER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-ONCLE

ALEXIS VEILLET

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE ET DE MA
GRAND-MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA TANTE ZOÉ VEILLET

A MON FRÈRE ET A MES SŒURS

A TOUS LES AUTRES MEMBRES DE MA FAMILLE

A MES AMIS

A TOUS NOS MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE
TOURS ; PRINCIPALEMENT A MM. DUCLOS,
THOMAS, BODIN, MEUNIER, WOLF, THIERRY

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A M. TENNESON

Médecin de l'hôpital St-Louis
Externat (1892-1893)

A M. DUPLAY

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté
Externat (Charité et Hôtel-Dieu 1893-1894)

A M. GALLIARD

Médecin des hôpitaux
Externat (Laënnec, 1^{re} partie de l'année 1894-1895)

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR FOURNIER

Professeur à la Faculté de Médecine
Médecin de l'hôpital Saint-Louis
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

Avant de soutenir cette thèse, nous voulons remercier ici tous nos maîtres dans les hôpitaux pour les services qu'ils nous ont rendus.

Nous témoignerons plus spécialement notre reconnaissance à M. Duclos, professeur de clinique interne à l'école de Médecine de Tours ; à M. Tenneson, médecin de l'hôpital St-Louis, en souvenir de son enseignement bienveillant et dévoué pendant notre première année d'externat ; à M. le professeur Duplay, et à M. Demoulin, chirurgien des hôpitaux ; enfin à M. Galliard.

Qu'il nous soit permis d'adresser à tous ces maîtres l'expression de notre plus vive gratitude.

Monsieur le professeur Fournier nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous ne saurions trop le remercier à la fois de cet honneur et de la bienveillance avec laquelle il nous a obligé.

TUMEURS ÉRECTILES

DES

BOURGEONS CHARNUS

Les tumeurs érectiles ont été définies par Broca, des productions accidentelles dues à la « dilatation » et à la « multiplication » des vaisseaux intermédiaires qui transmettent le sang des artères aux veines. Cette définition, empruntée au *Traité des tumeurs*, différencie nettement les tumeurs érectiles des autres tumeurs vasculaires. Ce ne sont donc ni des tumeurs cirsoïdes, ni des productions pathologiques susceptibles de rentrer dans la classe des anévrysmes vrais.

Comme depuis longtemps elles ont reçu les noms les plus divers, leur nature, et leur mode de production ont été discutés par les auteurs.

Ambroise Paré a décrit sous le nom de « seings ou signes » les taches érectiles ; c'est la seule variété qui ait été étudiée jusqu'à Jean-Louis Petit. Ce dernier déterminait la nature des tumeurs érectiles, et montra bien leurs diverses formes. Dans le volume de ses *œuvres posthumes* figurent plusieurs faits où il décrit ces tumeurs vasculaires qui donnent à l'extirpation des hémorrhagies en nappes. Lorsqu'on les enlève, dit-il, le sang s'écoule en bavant au lieu de jaillir des vaisseaux sectionnés. Il donna à ces tumeurs le nom de « loupes variqueuses. »

« Anévrysmes par anastomoses » pour J. Bell et Abernethy, « fungus hématode » pour Maunoir, Delpech et Lobstein, « tumeurs fongueuses ou spongieuses sanguines » pour Boyer et Roux, « tumeurs vaso-capillaires » de Gerdy, télangiectasies de von Græfe et von Walther, nævus, etc... ; ces tumeurs doivent leur nom de tumeurs érectiles à Dupuytren.

Enfin plus récemment on leur a proposé, en se basant sur leurs différentes propriétés, les noms d'angionôme (Follin) ou d'angiome (Virchow). Cette dernière dénomination, comme le font remarquer Ch. Debierre et E. Bœckel, dans les articles « Erectile » des *Dictionnaires de Dechambre et de Jaccoud*, présente au moins l'avantage de concorder avec la désignation des autres tumeurs en partageant leur terminologie et de ne pas préjuger de leur nature intime. C'est d'ailleurs sous ce

nom que M. Quénu les décrit dans le chapitre des tumeurs du *Nouveau Traité de Chirurgie*.

Les essais de classification de ces tumeurs n'ont pas été moins nombreux. Roux admet cinq variétés, Gerdy en compte sept et Cruveilhier une seule, les tumeurs érectiles capillaires. Pour Broca l'angiome peut être artériel ou veineux, et Follin y ajoute la variété capillaire. Enfin Cornil et Ranvier admettent deux formes, l'angiome simple et l'angiome caverneux. On les divise encore en tumeurs congénitales et en tumeurs acquises, en cutanées, sous-cutanées et mixtes, etc... Il n'est pas jusqu'à leur couleur qui n'ait été le point de départ d'une tentative de classement.

Aujourd'hui, sous les noms plus simples d'angiome ou de tumeur érectile, on divise ces néoformations en angiomes simples et caverneux. Suivant Cornil et Ranvier, dans l'angiome simple on trouve comme caractères essentiels une réunion de capillaires de forme sinueuse et dilatés dans leur ensemble, soit que la dilatation porte sur toute la longueur des vaisseaux, soit qu'elle se localise en certains points de leur trajet. Elle peut revêtir la forme d'une ectasie cylindrique ou d'une dilatation moniliforme, inégale et bosselée. La plupart du temps l'hypertrophie porte à la fois sur la longueur et sur le calibre des vaisseaux. On admet d'ailleurs actuellement que dans ce processus il existe à la fois dilatation des capillaires préexistants et néoformation vasculaire.

Dans les angiomes caverneux, l'aspect est très différent ; en effet, on rencontre une structure qui rappelle exactement celle des tissus érectiles, comme par exemple les tissus caverneux de la verge ou du clitoris. Ce sont des travées d'épaisseur inégale, souvent très minces, formant un véritable réseau dans les mailles ou lacunes duquel circule le sang, et qui sont tapissées d'un endothélium en tout comparable à celui des veines.

Toutefois nous n'étudierons dans ce travail qu'une variété de tumeurs érectiles, qui nous a paru intéressante, tant par sa rareté que par sa structure qui la rapproche des angiomes simples.

Les petites néoformations dont nous nous occupons, se développent à la suite des lésions cutanées lorsqu'il n'y a pas eu de réunion immédiate, par première intention, et que la cicatrisation se fait secondairement ; c'est la réunion, médiate, secondaire, ou par suppuration, la cicatrisation à l'air libre, comme on la nomme encore. Cependant, bien que nos observations n'aient trait qu'à des cas de ce genre, nous pensons que ces tumeurs peuvent se produire même dans la réunion immédiate des plaies, en raison même du mécanisme aujourd'hui bien connu de ce mode de cicatrisation.

Leur développement se faisant dans les bourgeons charnus du tissu de réparation, nous les décrirons sous le nom de tumeurs érectiles des bourgeons charnus.

Laissant donc de côté les angiomes en général nous nous cantonnerons dans l'étude de ces néoformations spéciales qui, comme nous essaierons de le démontrer, doivent rentrer dans la catégorie des angiomes simples.

ÉTIOLOGIE

Lorsqu'un traumatisme quelconque laisse une solution de continuité des téguments, plus ou moins étendue, dont les lèvres ne sont pas rapprochées, la réunion immédiate n'a pas lieu, et la plaie pour évoluer vers la cicatrisation revêt un aspect granuleux et bourgeonnant, que la lésion soit contuse ou anfractueuse, qu'elle ait été infectée par une des espèces microbiennes de la suppuration, ou qu'une cause quelconque ait fait échouer une tentative de réunion immédiate, le résultat est le même, c'est la cicatrisation secondaire par production de bourgeons charnus. Mais ces bourgeons qui évoluent pour leur propre compte, sont ordinairement sous la dépendance d'une sorte de force directrice qui les fait aboutir au tissu de cicatrice. Parfois, ils peuvent se comporter au contraire, d'une façon tout à fait autonome et par une véritable exubérance, donner naissance à des néoformations qui prolifèrent et deviendront bientôt des tumeurs érectiles dont nous rapportons des exemples.

Dans les cas de réunion secondaire, le mécanisme de la cicatrisation avec toutes ses phases est aujourd'hui bien étudié; il a été résumé par M. P. Reclus de la façon suivante :

La plaie revêt une apparence ecchymotique et prend une coloration rougeâtre; elle est remplie des débris des tissus que le traumatisme a divisés ou déchirés, et auxquels se joignent des caillots sanguins. Il s'en échappe un liquide d'abord séro-sanguinolent, puis séreux, la plaie se sèche, et sous sa surface brune, on trouve un grand nombre de cellules embryonnaires amassées qui proviennent pour les uns de la prolifération des cellules fixes du tissu conjonctif, pour les autres des globules blancs diapédésés et pour les éclectiques enfin de cette double origine à la fois. Quoiqu'il en soit tous les éléments prolifèrent, le tissu conjonctif se gonfle et se segmente en donnant des noyaux, les capillaires laissent diapédésés les leucocytes, et l'endothélium vasculaire rajeuni donne des cellules rondes qui se multiplient rapidement.

Il se produit une vaso-formation manifeste; les capillaires les plus voisins de la plaie émettent des bourgeons, des diverticules qui pénètrent dans les amas des cellules embryonnaires. Les papilles vasculaires ainsi formées hérissent la surface lésée d'une couche de bourgeons charnus. Ceux-ci ne sont d'ailleurs autre chose que des saillies coniques d'éléments embryonnaires accumulés et tassés les uns contre les autres, et au milieu desquels

le capillaire envoie un petit bouquet vasculaire récemment formé.

Les bourgeons se tassent, s'unissent et se confondent : ils s'organisent en une membrane rosée, plus ou moins végétante, qui, vers le huitième ou neuvième jour se déterge et devient granuleuse, pour remplacer les tissus mortifiés et les caillots sanguins qui s'éliminent. C'est le premier pas vers la cicatrisation. Les bourgeons continuent à proliférer, affleurent bientôt à la surface de la plaie qui se trouve dès lors au même niveau que les tissus voisins.

C'est à ce moment que les tumeurs érectiles peuvent prendre naissance ; cela se comprend aisément. Les bourgeons charnus forment un tissu nouveau dont les éléments tous jeunes et rajeunis, sont doués d'une grande activité vitale ; ils peuvent se multiplier outre mesure et donner lieu à une prolifération exagérée, qui se fait aux dépens des éléments vasculaires si riches à ce niveau. Ce sont les houppes vasculaires qui prennent naissance sur le réseau capillaire sous-jacent que l'on voit s'hypertrophier, et la tumeur se trouve ainsi constituée par les éléments des bourgeons charnus enveloppant une quantité de jeunes capillaires de néoformation.

D'ailleurs, si la réunion secondaire est par son évolution même, plus favorable au développement des tumeurs érectiles des bourgeons charnus, celles-ci pourraient se développer néanmoins dans

les cas de réunion immédiate. Ici, les lèvres de la solution de continuité ne sont plus écartées ; au contraire, restant voisines l'une de l'autre, on les voit lorsque l'hémorrhagie est arrêtée, s'accoler grâce à une sérosité gluante extravasée des capillaires et des lymphatiques voisins. Cette sorte de ciment qui réunit les surfaces de section en comblant tous les interstices est rempli de jeunes cellules, d'éléments embryonnaires, dont l'origine discutée encore à l'heure actuelle est la même que nous avons signalée dans la cicatrisation secondaire; ce serait à la fois les globules blancs diapédésés et les cellules fixes du tissu conjonctif qui entreraient en multiplication pour produire le tissu embryonnaire ; car on ne discute même plus la théorie du blastème de Robin, qui d'après cet auteur, devait donner naissance par génération spontanée aux noyaux des éléments nouveaux.

C'est à ce moment que des vaisseaux émanés des capillaires voisins prolifèrent et s'insinuent entre les éléments embryonnaires, venant à la rencontre les uns des autres et s'anastomosant entre eux pour rétablir la circulation d'une lèvre à l'autre de la plaie. D'abord on ne voit dans cette vaso-formation que des bourgeons pleins formés de cellules rondes et dessinant des traînées ; peu à peu celles-ci se creusent d'une lumière et s'ouvrent dans les voisines, tandis que les cellules qui forment leur paroi s'aplatissent et se soudent par leurs bords ; on retrouve donc exactement la structure générale

des capillaires au bout d'un certain temps, et les modifications des cellules embryonnaires donnent naissance à l'endothélium.

Ici nous avons donc une formation vasculaire comme dans la réunion par seconde intention ; il semble que ces nouvelles anses capillaires doivent être susceptibles de s'hypertrophier pour donner aussi des tumeurs érectiles des bourgeons charnus. Cependant nous n'en avons pas observé. Si ces productions peuvent avoir lieu elles doivent être beaucoup plus rares que dans la réunion médiate, où la largeur de la plaie permet un développement plus facile des éléments vasculaires.

Les observations que nous rapportons dans ce travail ont trait à des tumeurs érectiles développées sur des plaies des doigts ; cette région n'est pas sans avoir son influence sur leur développement. Ne voyons-nous pas une richesse de vascularisation toute particulière au niveau des extrémités sur les côtés latéraux des doigts et des orteils ; nous trouvons des artères et des veines collatérales dorsales, plantaires et palmaires, qui fournissent de nombreuses ramifications cutanées d'une part et qui d'un autre côté s'envoient des anastomoses nombreuses formant de véritables réseaux autour des articulations phalangiennes et métacarpo-phalangiennes ; il existe en ces points de véritables colliers vasculaires péri-articulaires. — D'ailleurs les artères venues de diverses sources s'anastomosent entre elles à plusieurs reprises

au point que les plaies des vaisseaux un peu importants de la main nécessitent la ligature des deux bouts pour arrêter l'hémorrhagie.

La vascularisation abondante des extrémités est d'ailleurs bien démontrée par les hémorrhagies relativement considérables qu'entraînent les moindres lésions à ce niveau. Bourceret a du reste expliqué la nécessité de cette richesse vasculaire, indispensable pour entretenir à la température normale ces points éloignés du centre et dont la surface étendue facilite au plus haut point le refroidissement. La même chose existe encore à la face par exemple.

Donc la circulation est très active dans ces régions, et lorsque des capillaires jeunes à parois fragiles s'y multiplient, protégés seulement par une mince membrane de bourgeons charnus accolés, ces capillaires se laisseront facilement distendre et la tumeur érectile apparaîtra.

La plupart des auteurs s'accordent à dire que les angiomes sont tous ou presque tous des affections congénitales ; c'est là l'opinion formulée dans la pathologie externe des quatre agrégés, c'est aussi celle que l'on trouve dans le *Nouveau Traité de chirurgie*. Desprès (1) dans son ouvrage sur *Le diagnostic des tumeurs* considère toutes les tumeurs érectiles comme congénitales, disant que celles qui s'observent tardivement,

1. Desprès. *Diagnostic des tumeurs*, 1863, pages 72 et 73.

préexistent depuis la naissance, mais qu'elles n'ont été vues que dans la suite lorsqu'elles ont pris un plus grand développement. Cependant l'avis de M. Desprès s'est modifié à ce sujet puisqu'il admet aujourd'hui les tumeurs érectiles des bourgeons charnus pour lesquelles on ne peut invoquer l'origine congénitale. C'est d'ailleurs à sa consultation de l'hôpital de la Charité que nous avons recueilli ces observations et c'est par lui-même que ce diagnostic a été porté.

Sans nier que la plupart des angiomes soient congénitaux, nous admettrons donc qu'ils peuvent quelquefois débiter longtemps plus tard, et qu'ils sont susceptibles de se développer chez l'adulte par exemple, aux dépens d'un travail de cicatrisation après un traumatisme et plus spécialement dans les régions où le système vasculaire est plus développé.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE

Les tumeurs érectiles des bourgeons charnus se présentent sous la forme d'une petite masse de volume variable pouvant aller des dimensions d'un pois à celle d'une grosse amande. Leur forme est généralement irrégulière; elles sont lobulées, mûriformes, comparables à une framboise, suivant l'expression de Desprès.

Un pédicule plus ou moins large les rattache à la région sur laquelle elles se sont développées, et souvent ce pédicule apparaît comme encadré par un petit orifice cutané à bords plus ou moins amincis, et par lequel la tumeur semble faire hernie; c'est la forme des angiomes tubéreux de Lücke.

La coloration de ces petits néoplasmes n'a rien de constant, tantôt ils sont rouges, tantôt lie de vin ou violacés. Suivant les cas et suivant même les moments auxquels on les examine, ils sont mous, flasques et affaissés, ou bien, au contraire, gonflés et turgescents. Leur surface est d'un

aspect tout différent de celui de la peau saine qui les entoure ; ils sont comme recouverts d'une mince membrane transparente et ténue ; ils apparaissent humides ou plutôt vernissés.

Du reste, la périphérie en est tapissée par une fine couche de bourgeons charnus, aplatis et tassés, qui ne diffère comme aspect et comme structure d'une cicatrisation secondaire, que par la multiplication exagérée des vaisseaux sous-jacents et par leur ataxie plus ou moins considérable.

Quant à la structure intime de la tumeur érectile, qui n'est qu'une variété d'angiome simple, elle doit être faite à l'aide des coupes microscopiques, mais la pièce enlevée devra d'abord être fixée et durcie dans l'alcool. De cette façon, on peut étudier au microscope non-seulement la texture de la tumeur, la forme des cavités vasculaires, mais encore le contenu de ces cavités.

La structure des tumeurs érectiles des bourgeons charnus est très simple. Elles sont formées par une masse de vaisseaux capillaires de néoformation très dilatés et enroulés de façon à venir former terminalement comme autant de glomérules, qui donnent par leur nombre et leur juxtaposition l'aspect mûriforme de la tumeur. Ce sont des paquets capillaires de ce genre que Porta comparait au réseau des papilles de la peau ; Cornil et Ranvier ajoutent que les vaisseaux qui leur donnent naissance sont généralement flexueux, moniliformes, sphéroïdes. Les parois des jeunes vais-

seaux démontrent bien leur nature capillaire, elles sont formées de cellules plates pourvues de noyaux, puis d'une tunique basale vitrée et hyaline qui double la précédente. Sur la coupe on voit les vaisseaux coupés en toutes les directions ; les uns sont sectionnés perpendiculairement à leur axe, les autres plus ou moins obliques, nous en avons aussi rencontré qui étaient coupés suivant leur longueur.

En dehors de l'élément vasculaire, l'anatomie pathogénique diffère peu de celle de la cicatrisation médiate. Les vaisseaux sont accolés en paquets en pelotons, et ceux-ci sont séparés les uns des autres par de fines trainées de tissus embryonnaires, plus ou moins avancés dans leur évolution suivant le point que l'on examine, et tendant à se transformer en tissu adulte. Quant aux bourgeons charnus ils ne diffèrent nullement de la structure qui leur a été décrite, sauf¹⁾ par la dilatation et la prolifération des vaisseaux capillaires qui les pénètrent et deviennent très superficiels.

Quant au contenu des vaisseaux, c'est du sang normal avec ses éléments figurés (globules rouges et blancs) sans aucune modification.

Comment se développent ces vaisseaux nouveaux dans les angiomes ? Ici nous quittons le domaine de l'observation pure pour entrer dans l'interprétation pathogénique des faits, aussi l'accord n'existe-t-il plus entre les auteurs.

Rokitansky admet que le développement vascu-

laire des angiomes est d'abord indépendant de la circulation. Tout se passerait dans le tissu conjonctif et les vaisseaux nouveaux comme les globules du sang qu'ils contiennent seraient le résultat d'une néoformation locale. Secondairement on verrait ce petit système vasculaire venir s'aboucher dans les vaisseaux capillaires voisins. Cette opinion n'est guère admise aujourd'hui, et l'on ne conçoit guère la prolifération des cellules fixes du tissu conjonctif donnant naissance à des globules sanguins.

Pourtant quelques auteurs, comme Luschka, Billroth et Winivarther, se rangent à l'opinion de Rokitansky.

Rindfleisch se refuse à donner à l'angiome une existence autonome ; pour lui la gangue fibreuse et les cellules jeunes seraient le seul néoplasme ; l'ectasie vasculaire ne se produirait que secondairement et devrait être considérée uniquement comme un épiphénomène.

Enfin, les vaisseaux nouveaux pour O. Weber, se développeraient par canalisation du réseau cellulaire du tissu conjonctif, de ce que Recklinghausen décrit sous le nom de canaux du suc.

Broc, Fœrster et Virchow, disent, au contraire, que les vaisseaux capillaires préexistants prolifèrent par bourgeonnement et anastomoses, et se dilatent ensuite. Il faut ajouter à cette opinion avec Cornil et Ranvier la néoformation des vaisseaux embryonnaires, comme on l'observe

dans les périodes du développement normal. Pour ces auteurs, dont on peut dire que l'opinion fait presque loi aujourd'hui, les vaisseaux capillaires nouveaux présentent d'abord des dilatations simples ; puis ils marchent les uns vers les autres, arrivent au contact et s'abouchant forment un vrai système capillaire dilaté. Le développement a donc lieu comme dans l'aire vasculaire de l'embryon et la plaque laiteuse du grand épiploon du jeune lapin.

Debierre ajoute encore à cette dernière opinion que tous les capillaires néoformés n'ont pas cette origine ; d'après lui, un bon nombre ne naîtraient pas isolément, mais viendraient des pointes d'accroissement ou fusées vasculaires que les vaisseaux préexistants envoient dans le tissu embryonnaire ; secondairement, ces capillaires subiraient la dilatation. On peut donc dire, avec Rindfleisch, que dans la télangiectasie, il y a deux choses : d'une part, une véritable hyperplasie vasculaire ; d'autre part, une ectasie des vaisseaux nouvellement formés.

On a discuté aussi la nature veineuse ou artérielle des tumeurs érectiles. Broca et Virchow, et avec eux la plupart des auteurs contemporains, admettent comme définition que les angiomes sont des productions anormales et morbides du système capillaire ; leur origine n'est donc en réalité pas plus veineuse qu'artérielle, ce sont de simples liens de passage, le sang arrive dans la

tumeur par les artères et en sort par les veines. Mais Frerich, Esmarch et P. Reclus, revenant à l'opinion de Rokitansky, disent que les artères ne jouent dans l'angiome qu'un rôle très secondaire, au contraire la tumeur serait souvent en large communication avec une veine d'un calibre plus ou moins considérable, et le sang viendrait de l'angiome dans la veine et de la veine dans l'angiome par un véritable reflux.

On ne peut évidemment pas aller contre les observations de ce genre qui ont été rapportées par les défenseurs de cette théorie ; mais outre que ces cas rentrent plutôt dans la classe des angiomes caverneux que dans celle des angiomes simples et s'éloignent par là-même de notre sujet, on peut admettre que ce soient des tumeurs d'origine capillaire secondairement venues se mettre en communication avec des troncs veineux, ou les ranger à part, comme tumeurs veineuses, sous le nom de phlébomes que leur donnait dernièrement M. Claude dans une communication à la Société anatomique sur un cas de tumeur d'origine veineuse développée aux dépens de la veine faciale.

Les angiomes resteraient donc ainsi des tumeurs érectiles ayant la structure des capillaires et ne dépendant pas plus du système artériel que du système veineux. C'est dans cette catégorie que doivent rentrer les tumeurs que nous décrivons ici sous le nom de tumeurs érectiles des bourgeons charnus.

On comprend facilement la plus grande fréquence de ces productions pathologiques dans les régions qui sont le plus richement vascularisées ; mais on peut encore se demander sous quelle influence immédiate elles évoluent. Peut-être pourrait-on invoquer l'action du système nerveux par les nerfs trophiques. Toutefois si l'existence des nerfs trophiques paraît indiscutablement établie à l'heure actuelle, leur étude est encore trop peu faite pour que nous puissions essayer d'établir leur action sur l'évolution d'une tumeur. Il faut actuellement s'en tenir à l'hypothèse, mais cette hypothèse nous semble logique et permise.

SYMPTOMES ET MARCHE

Le début de l'évolution des tumeurs érectiles des bourgeons charnus est cliniquement très difficile et même impossible à préciser d'une façon absolue. Le travail de néoformation débute normalement comme pour une cicatrisation simple et le moment où le tissu physiologique de réparation devient du tissu pathologique est impossible à saisir.

D'ailleurs, le début échappe encore beaucoup plus sûrement au porteur de la tumeur ; lui s'en aperçoit seulement quand elle est devenue d'un certain volume, et même souvent ne s'en plaint et ne vient consulter que lorsque les dimensions, le siège de la grosseur la rendent gênante ou lorsque par exception elle devient douloureuse.

Un malade, après avoir subi un traumatisme quelconque, reste par exemple avec une plaie d'un doigt. Cette plaie suppure, soit que l'asepsie ait été négligée ou non faite, soit qu'une tentative de réunion immédiate ait échoué ; elle se met à devenir granuleuse, le fond se recouvre de bourgeons

charnus qui le ramènent bientôt à effleurer les bords, jusqu'ici tout se passe d'une façon absolument normale. Mais peu à peu, et sans que rien l'annonce, pendant que l'épiderme se reforme et progressant de la périphérie au centre, tend à fermer la plaie, les bourgeons charnus centraux deviennent plus volumineux; ils font saillir le fond de la plaie sur un plan supérieur au reste des téguments. C'est le premier pas de l'évolution vers la tumeur érectile. C'est à ce moment qu'avec des cautérisations au nitrate d'argent ou avec une action de compression mécanique, on peut modérer cette exubérance du bourgeonnement et prévenir la formation du petit angiome; en effet, il n'existe encore à ce moment qu'une prolifération plus active des cellules embryonnaires, mais l'hyperplasie vasculaire n'est pas encore faite, et on peut l'empêcher.

Si on laisse évoluer au contraire les choses sans intervenir, on voit que le centre de la plaie perd complètement l'aspect finement granuleux qu'il avait, les bourgeons sont beaucoup plus gros, moins fermes, moins vivaces et moins tassés les uns contre les autres. Le milieu de la lésion semble se boursoufler, et il se produit une véritable tuméfaction polypeuse à cette place. Alors la tumeur érectile est produite, et suivant les cas, elle restera désormais stationnaire très longtemps, ou bien elle augmentera de volume progressivement, parfois très vite, ou enfin elle subira des

transformations ultérieures dans sa structure, sous l'influence de modifications nutritives.

Ainsi constituée, la tumeur érectile des bourgeons charnus peut atteindre un volume variable ; les unes restent peu volumineuses, ne dépassant pas les dimensions d'un gros pois, les autres deviennent au contraire beaucoup plus volumineuses et peuvent égaler une fraise, une noisette, ou une grosse amande. Quoiqu'il en soit de son volume, elle se présente avec des caractères bien marqués, toujours identiques à eux-mêmes.

Ce sont donc de petites tumeurs, de petites nodosités formées de bourgeons charnus qui paraissent exubérants ; elles sont tantôt sessiles, implantées sur la lésion primitive par toute leur plus grande surface, tantôt pédiculées. Dans ce cas la tumeur est rattachée au point malade par un prolongement qui est le support des vaisseaux.

Il peut arriver que ce pédicule très étroit supporte une tumeur relativement grosse ; on voit la cicatrisation de la plaie continuer jusqu'au pourtour du pédicule et s'arrêter là, formant un orifice circulaire plus ou moins régulier suivant la forme du pédicule, et par lequel celui-ci sort véritablement comme une tige avec son fruit. Il se produit de la sorte un petit sillon de circumvolution autour de la base d'implantation du pédicule ; ce sillon est difficile à nettoyer et à tenir propre, le pus s'y accumule et baigne toujours ces parties irritées qui deviennent rouges. La mince pellicule

qui recouvrait ces tissus nouveaux s'ulcère une fois de plus, constitue ainsi une porte d'entrée aux infections de tout ordre.

La couleur des angiomes est excessivement variable : les uns sont franchement rouge vif, ce sont les angiomes artériels, comme on les appelait autrefois bien improprement puisqu'ils ont la structure et l'origine des capillaires ; les autres ont une couleur plus foncée, presque bleuâtre, c'est la tumeur dite veineuse aussi improprement que tout à l'heure.

Les tumeurs érectiles des bourgeons charnus un peu spéciales par les éléments aux dépens desquels elles se développent ne présentent jamais cette coloration que l'on rencontre dans d'autres variétés d'angiomes, comme l'angiome cutané, la couleur lie de vin, qui a valu à ces taches de la peau, généralement congénitales, le nom de « taches de vin. »

La grosseur n'est pas régulière à la vue, c'est une tumeur irrégulièrement bosselée et lobulée, à lobules plus ou moins gros, ce qui joint à la coloration variable dont nous venons de parler à l'instant, donne, suivant les cas, à ces tumeurs l'aspect d'une fraise, d'une framboise ou d'une noix.

La consistance n'est pas toujours la même ; au repos si l'on vient à explorer la tumeur par le palper ou la trouve mollassse, mais à d'autres moments et particulièrement, lorsque le malade a fait jouer un peu les muscles de la région, on peut voir le

néoplasme devenir dur et tendu, parfois avec augmentation, mais le plus souvent sans modification de son volume. On a écrit que les tumeurs érectiles en général, deviennent turgescentes sous l'influence des cris et des efforts. Nous avons vainement cherché cette turgescence dans les bourgeons charnus, jamais nous n'avons pu la rencontrer.

Les tumeurs érectiles ont encore d'autres caractères inconstants également, comme des battements isochrones aux pulsations artérielles; ce symptôme faisant également défaut dans les observations que nous rapportons.

Les tumeurs érectiles ont au contraire d'autres symptômes très importants et qui s'appliquent à toutes les variétés.

D'abord, ces tumeurs sont toujours en partie réductibles; avec une pression graduelle et progressive on arrive à les réduire à un tiers et quelquefois à la moitié de leur volume; en même temps elles perdent en partie leur coloration; mais dès que vous cessez de faire la compression avec le doigt, la tumeur se reproduit immédiatement, surtout si le sujet fait des efforts. La tumeur développée aux dépens des tissus embryonnaires augmente rarement de volume; dans nos deux observations, nous n'avons jamais vu d'augmentation de volume brusque dans un effort; mais nous avons plusieurs fois constaté d'une façon très manifeste le changement de con-

sistance, la tumeur de mollesse devenant dure et tendue.

On a encore signalé la possibilité des battements isochrones au pouls dans ces néoformations. Nous avons cherché à les percevoir dans nos deux cas avec un égal insuccès.

Il en est de même de ces sensations de frémissement perçues par la main ou la pulpe des doigts, et qui coïncident avec les bruits du cœur; là encore nos investigations sont demeurées infructueuses. D'ailleurs on est pas absolument d'accord sur la présence et la valeur de ces symptômes secondaires et par exemple M. Monod dit que « les cris, les efforts, la pression, n'ont pas d'action sur son volume. » Il n'admet pas d'ailleurs le souffle ni les battements.

Lorsqu'il y a des battements et cette sensation de frémissements continue avec renforcement, on a affaire non plus à une tumeur érectile, mais à un anévrysme cirsoïde; d'ailleurs la tumeur érectile, dans ses modifications ultérieures, peut se transformer en anévrysme cirsoïde.

Restent deux grands caractères qui ont dans l'étude symptomatologique des tumeurs une grosse importance; ce sont l'élément douleur d'une part et d'autre part l'état d'intégrité fonctionnelle de la région malade.

Or, les tumeurs érectiles des bourgeons charnus peuvent être examinées à loisir, sans que le

malade se plainte jamais d'aucune douleur ; c'est donc une affection indolore comme tous les angiomes en général. Cependant, la douleur dans l'angiome simple peut exister, témoins les cas intéressants rapportés par Ch. Monod, puis par Terrillon (1).

Aubert (2) en rapporte encore un cas à la Société des Sciences médicales de Lyon, et en profite pour faire le diagnostic avec les névromes.

Enfin, dès 1874, dans la *Gazette hebdomadaire*, Trélat s'appuyant sur des faits et sur l'opinion déjà émise par des auteurs plus anciens, signale aussi lui ce caractère rare et même exceptionnel.

La gêne fonctionnelle est également à peine accentuée ; la tumeur progresse tranquillement, et comme elle est indolore, il faut déjà qu'elle ait atteint un développement considérable pour devenir capable d'entraîner une gêne sérieuse dans les fonctions. Toutefois dans les cas que nous signalons, les tumeurs érectiles des bourgeons charnus entraînaient de la gêne, bien moins par leur volume qui était très peu considérable que par leur siège sur les doigts qui deviennent facilement inhabiles dès qu'ils portent une lésion quelconque.

Tels sont les caractères sous lesquels se présen-

1. Terrillon. *Progrès médic.*, 1884.

2. Aubert. Soc. de sc. méd. de Lyon, 1886.

tent les tumeurs érectiles ou angiomes des bourgeons charnus ; est-il besoin d'ajouter qu'à l'encontre des néoplasmes malins, ceux-ci n'altèrent en rien l'état général du sujet qui en est porteur.

Voyons maintenant d'un rapide coup d'œil comment marchent ces tumeurs et quel est leur mode de terminaison.

MARCHE ET TERMINAISON

Rien peut-être n'est plus difficile que de se prononcer sur ce que deviendra, par la suite, un angiome. On ne peut rien préjuger de leur évolution, si on ne les a observés pendant quelque temps. Les uns restent indéfiniment stationnaires, ils n'augmentent ni ne diminuent, les autres se développent avec une extrême rapidité, doublant de volume en quelques semaines. Quelque-uns ont une existence éphémère et disparaissent en peu de jours, comme en témoignent les observations de Vidal de Cassis, de Moreau et de Depaul. Mais ces cas de guérison spontanée s'adressent plutôt aux nævi congénitaux qu'aux tumeurs érectiles dont la guérison spontanée peut être considérée comme exceptionnelle.

Mais ce qui doit nous intéresser surtout ce sont les transformations par altérations nutritives, car elles s'appliquent tout aussi bien aux tumeurs érectiles des bourgeons charnus qu'à tout autre angiome quelconque.

D'abord il peut se produire une inflammation

phlegmoneuse de la tumeur qui peut se gangrener, comme cela a été signalé par Wardrop (1). La seule chose à redouter c'est l'hémorrhagie.

L'angiome simple peut aussi se transformer en un angiome caverneux, et pour Broca le premier n'était qu'un acheminement vers le second. Ce n'est pas ici le lieu pour nous d'entrer dans les discussions des auteurs au sujet du mécanisme de cette transformation. Rappelons seulement qu'il est facile de comprendre cette métamorphose ; les éléments embryonnaires de l'angiome simple sont étouffés par le développement énorme des capillaires nouveaux. Ceux-ci se dilatent par place, puis s'anastomosent, et il en résulte de grandes lacunes formant le tissu caverneux.

Pour Rindfleisch, ce serait le tissu fibreux et non pas les vaisseaux qui joueraient le principal rôle. Ce tissu est rétractile, et en revenant sur lui-même il déterminerait des dilatations des vaisseaux. Pour lui par conséquent les angiomes caverneux doivent être considérés comme le résultat d'une dégénérescence fibreuse du système capillaire sanguin.

Quoi qu'il en soit, et qu'il s'agisse d'angiomes simples ou caverneux, les uns et les autres peuvent pendant le cours de leur évolution dégénérer et se transformer de diverses façons. Si nous n'avons pas dans nos observations d'exemples de

1. Wardrop, *Méd. chir. Trans.* 1828.

ces altérations nutritives des angiomes, c'est parce que nous avons affaire à des gens qui avaient depuis peu de jours leurs tumeurs érectiles, mais il est parfaitement logique et compréhensible que les angiomes simples d'un bourgeon charnu puissent avec le temps dégénérer, de la même façon que les autres angiomes simples ou caverneux.

L'angiome peut subir la transformation fibreuse sous l'influence d'un traumatisme ou d'une irritation spontanée. Elle est surtout intéressante en ce sens qu'elle conduit souvent à la guérison. Le tissu conjonctif s'enflamme et se multiplie, proliférant d'une façon très active et arrivant à étouffer le réseau capillaire et à en oblitérer la lumière. Ce sont des cas de guérisons de ce genre que rapportent Bœckel, Böttcher, Lucke et Bérot, Virchow et d'autres encore.

Remarquons en passant que cette théorie est absolument opposée de point en point à celle de Rindfleisch que nous avons rapportée un peu plus haut. On ne peut admettre à la fois que le tissu fibreux dilate les vaisseaux ici, tandis que là il les étouffe et les oblitère. Pour l'un le tissu fibreux est l'origine de l'angiome caverneux, pour les autres il est un mode de guérison.

Dans ces cas, il se fait un véritable travail rétrograde. La tumeur se flétrit; elle diminue progressivement, puis disparaît, laissant seulement à sa place un repli cutané flasque et irrégulier.

La transformation adipeuse des angiomes n'est pas absolument certaine, bien qu'on l'admette généralement aujourd'hui. Les auteurs se demandent si l'élément vasculaire est le premier en évolution, ou s'il n'est qu'un épiphénomène au cours du développement d'un lipome ; en un mot, la question est à savoir si ce sont des angiomes lipomateux ou des lipômes angiomateux.

Virchow se rattache à la théorie vasculaire primitive se basant précisément sur la grande fréquence des angiomes dans le tissu cellulo-adipeux sous-cutané.

La transformation kystique de la tumeur érectile est de beaucoup la plus fréquente. On voit certaines portions de l'angiome s'isoler du reste par oblitération et se transformer alors en autant de petits kystes séreux ou gélatineux, avec des productions hématiques. Ces transformations kystiques, qui peuvent se produire spontanément ou après des applications de caustiques, ont été vues par Cruveilhier, Holmes, Cooke. M. le professeur Laboulbène en parle également dans sa thèse, en 1855, sur le *nœvus* en général ; enfin, Duchemin en rapporte deux exemples qui viennent comme les nôtres du service de M. Desprès à l'hôpital Cochin.

Broca y voyait surtout les suites d'une tentative opératoire.

La transformation de l'angiome par infiltration calcaire est au contraire très rare ; ce sont des

infiltrations de sels calcaires qui se déposant dans la tumeur donnent naissance à des phlébites (Broca) ou angiolithes.

Bœckel aurait vu en outre se produire des dépôts stratifiés de fibrine dans ces vaisseaux, comme on en voit se produire dans les anévrysmes.

Enfin la dégénérescence la plus grave et la plus mauvaise au point de vue du pronostic, c'est la dégénérescence cirsoïde. Là, la lésion ne reste plus localisée aux vaisseaux capillaires ; elle atteint les artérioles et les veinules, de sorte que la tumeur érectile est placée entre un anévrysme cirsoïde véritable qui la précède et une dilatation variqueuse des veines qui la suivent, dilatation veineuse qui rappelle les paquets veineux de varicocèle. Ces tumeurs ainsi transformées ne restent point stationnaires ; elles ont au contraire une marche envahissante, elles progressent, rongent les tissus voisins et même les os, leurs parois s'amincissent et bientôt on assiste à des hémorragies qui peuvent être mortelles et qui sont en tous cas toujours très graves.

Nélaton a présenté à la Société anatomique des cas où la tumeur érectile s'était terminée par une transformation en polype.

Ajoutons en terminant que si la transformation de l'angiome en sarcome ou carcinome n'est pas admise par les auteurs, il faut cependant reconnaître que Hénocque et Duret d'une part, Schilling

et David Williams d'autre part admettent ces transformations dont ils rapportent des exemples, toutefois, tous s'accordent à reconnaître que ce sont là des faits exceptionnels.

Maintenant que nous connaissons les symptômes et l'évolution clinique des tumeurs érectiles, après en avoir montré les divers modes de terminaison et les transformations possibles, nous rapportons les observations cliniques que nous avons pu recueillir sur les tumeurs érectiles des bourgeons charnus, avec le résultat des coupes que nous avons examinées et fait contrôler.

OBSERVATIONS

Les deux observations de tumeurs érectiles des bourgeons charnus, que nous rapportons dans ce travail, ont été recueillies par nous à l'hôpital de la Charité, à la consultation de M. Desprès ; c'est là que d'ailleurs les deux malades ont été opérés séance tenante.

Nous avons recherché d'autres observations du même genre, mais nous n'avons pas pu en rencontrer ; du reste il n'est nulle part, dans les traités classiques, question des tumeurs érectiles des bourgeons charnus ; toutes les autres variétés d'angiomes y sont signalées sauf celle-là. On peut la considérer comme relativement rare, puisque personne n'a porté jusqu'ici attention à ces tumeurs ; M. Desprès, en montrant ces deux cas survenus presque coup sur coup, s'en reportait aux lois des coïncidences, et disait que cette affection est peu commune.

OBSERVATION I

Madame L. X..., couturière, âgée de 28 ans. Consultation de M. Desprès, hôpital de la Charité (10 mars 1895).

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — La malade a eu la rougeole vers l'âge de 5 ans et la coqueluche aussitôt après. A vingt ans elle a eu la fièvre typhoïde. Depuis elle se porte assez bien, mais elle est un peu pâle et se plaint de palpitations de cœur. Elle n'a toutefois aucune affection organique du cœur.

Maladie actuelle. — Le samedi 23 février 1895, cette malade se blesse au côté interne de l'index gauche, un peu au-dessus de l'articulation de la première avec la deuxième phalange. La blessure est une coupure oblique, peu profonde, faite avec un mauvais couteau qui a glissé des mains de la malade au moment où elle s'en servait. La plaie a saigné abondamment; puis avec un morceau d'ama-dou et une bande, cette femme s'est pansé le doigt. L'hémorragie s'est arrêtée, et la plaie a suppuré ensuite; peu à peu elle est devenue moins profonde. La cicatrisation secondaire s'est faite, mais incomplètement; au milieu de la plaie les bourgeons se sont soulevés, ils sont devenus exubérants.

Il s'est produit là, comme dit la malade, « un soulèvement des chairs », et la tumeur érectile avait pris naissance. On voit le 10 mars, la cicatrisation de la plaie pré-

sentant un orifice central assez large, et à travers lequel sort un pédicule portant la tumeur, et qui empêche la plaie de se refermer complètement; dans le fond du sillon de circumvolution qui entoure cette production pathologique, il y a encore un peu de pus.

La malade nous raconte qu'au début cette grosseur était imperceptible et qu'elle s'est dilatée progressivement mais assez vite néanmoins, quand elle a atteint un certain volume, elle a revêtu l'aspect granuleux lobulé que nous lui voyons; sa couleur a changé, et elle est tantôt rouge, tantôt bleuâtre.

A l'examen on constate que cette grosseur est mollassse, non fluctuante et assez largement pédiculée; mais deux faits sont surtout à noter: la tumeur est en partie réductible par une compression lente et méthodique, et elle change à la fois de couleur et de consistance, lorsqu'on fait exécuter des mouvements aux doigts et à la main.

A ce moment, la tumeur devient plus bleue, et sans augmenter de volume d'une façon appréciable, elle se tend et durcit manifestement.

L'indolence est d'ailleurs complète et la malade se laisse examiner sans accuser la moindre sensibilité douloureuse. M. Desprès porte le diagnostic de tumeur érectile développée aux dépens des bourgeons charnus de la cicatrice.

La tumeur est excisée aux ciseaux; la surface sectionnée laisse écouler une assez grande quantité de sang relativement à son peu d'étendue, mais avec des cautérisations répétées au fer rouge, l'hémorrhagie s'arrête.

La malade revue après la chute de la petite escharre est complètement guérie.

OBSERVATION II

Charles Thib..., âgé de 32 ans, plombier (Obs. recueillie à la consultation de M. Desprès, hôpital de la Charité, le 22 avril 1895).

Antécédents héréditaires. — Le père est mort d'un accident, la mère est rhumatisante.

Antécédents personnels. — Nuls. Tempérament arthritique, un peu d'alcoolisme; pas d'accidents saturnins.

Maladie actuelle. — Ce malade s'est blessé le 4 avril avec un de ses outils; il s'est fait une plaie contuse, grande comme une pièce de cinquante centimes, au niveau de la face dorsale de la base de la première phalange du médius droit, un peu au-dessous et en dehors de l'articulation métacarpo-phalangienne. La plaie a saigné largement; après l'avoir lavée avec de l'eau, le malade a mis une bande de toile qu'il a laissée quatre jours en place, la main a été enflée, et d'après les renseignements recueillis il a dû avoir un peu de lymphangite. La surface lésée a suppuré et cet homme, pour calmer ses douleurs, a mis plusieurs cataplasmes.

Actuellement on voit une tumeur saillante, à peu près sessile, ayant une base d'implantation presque de son diamètre, du volume d'une noisette, cette grosseur est absolument indolente spontanément comme à la pression. Elle est tomenteuse, rappelant l'aspect granuleux d'une framboise et très rouge. Au palper, sa consistance est mollassé,

mais le malade dit que parfois elle est beaucoup plus dure et un peu plus grosse.

M. Desprès l'excise avec les ciseaux, et le sang s'écoule en bavant. On cautérise, avec un fer légèrement rougi, la surface de section et l'hémorrhagie s'arrête, mais elle reprend quelques instants après. On cautérise de nouveau à deux reprises différentes et tout cesse.

Ce malade revenu quelques jours plus tard, va très bien; l'escharre est tombée, laissant à sa place une surface cicatricielle rosée, mais nullement saillante.

Les seuls faits analogues à ces deux cas dont nous ayons trouvé mention dans la littérature médicale sont dans les *Œuvres posthumes* de Jean-Louis Petit; mais ce sont de petites tumeurs développées au coude et à l'épaule, et il n'y est point fait mention de plaies ou de coupures au début de leur développement. Le traumatisme est seulement noté dans l'observation de Porta (blesure par un éclat de capsule) et dans celles de Pajet, Bell, Lücke et Bœckel (traumatisme dans l'accouchement).

Les deux tumeurs érectiles ont été recueillies par nous à la Charité et durcies dans l'alcool. Dans les coupes faites ultérieurement et examinées au microscope avec les réactifs colorants ordinaires (picro-carmin, hématoxyline acide, couleurs d'aniline), ont montré que ces productions étaient histologiquement constituées par du tissu embryonnaire des bourgeons charnus avec un déve-

loppement vasculaire énorme. Les vaisseaux de néoformation très nombreux, avaient les caractères des capillaires normaux, sauf toutefois le calibre qui attestait de la dilatation des canaux. La richesse vasculaire était telle qu'en plusieurs points les coupes rappelaient celles des glomérules de Malpighi dans le rein.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Le diagnostic des tumeurs en général est un des plus délicats ; mais celui des tumeurs qui nous intéresse actuellement est relativement facile. Quand un individu porteur d'une plaie déjà bien antérieure, voit évoluer à cette place même une tumeur de petit volume, ressemblant à une exubérance de bourgeons charnus, il n'y a vraiment pas de doute à avoir, surtout si l'on a soin de s'assurer que la tumeur est venue peu à peu, qu'elle a grossi progressivement, qu'elle est indolore spontanément comme à l'examen, enfin qu'elle est en partie réductible par une compression méthodique. D'ailleurs la coloration rouge ou violacée du néoplasme mettrait vite sur la voie, ainsi que les changements observés dans la consistance d'une même tumeur.

En réalité, il n'y a donc pas de diagnostic différentiel à faire ici, avec une maladie à caractères aussi tranchés. Voyons cependant les rares choses qui pourraient prêter à de grossières erreurs.

Les verrues ont un aspect bien différent, leur mode de développement est très éloigné de celui-ci ; il n'y a pas de traumatisme au début, et la tumeur se n'est pas développée aux dépens des bourgeons charnus puisqu'il n'y en avait pas.

Nous n'insisterons pas sur les cicatrices des brûlures, les chéloïdes, pas plus que sur les épithéliomas. Cependant on a vu des épithéliomas qui pourraient un moment arrêter le chirurgien. Il nous souvient d'avoir vu chez M. le professeur Tillaux, un malade atteint d'épithélioma du pied. Avec ce siège, les végétations épithéliomateuses étaient séparées et auraient pu en imposer un instant.

Mais cependant les douleurs spontanées, l'engorgement ganglionnaire, la consistance du champignon cancéreux, sa surface facilement saignante lèveraient tous les doutes.

Quant aux autres végétations polypiformes, nous ne voyons pas lesquelles seraient possibles à confondre avec la tumeur érectile des bourgeons charnus.

Lorsque la tumeur est ancienne on peut chercher à la différencier d'avec les kystes synoviaux des doigts, mais outre que le siège de ces kystes est spécial, leur coloration n'a rien qui les rapproche de la tumeur érectile.

On pourrait ainsi multiplier les diagnostics, avec toutes les tumeurs développées dans le siège habituel des tumeurs érectiles ; mais les différen-

ces sont si nombreuses et si accusées, les ressemblances sont tellement vagues, et si lointaines, qu'on ne peut en réalité faire un diagnostic différentiel.

Quant au pronostic, il n'est généralement pas grave, surtout dans des cas comme ceux que nous avons rapportés dans ce travail.

D'ailleurs, les tumeurs érectiles ne constituent pas par elles-mêmes une affection grave. Lorsque l'inflammation conduit le néoplasme vers le phlegmon et la gangrène, il ne faut pas y voir un trop mauvais pronostic, pourvu que le phlegmon soit traité convenablement et que le chirurgien prévenu se tienne sur ses gardes et veille à l'hémorrhagie possible.

La rupture et l'hémorrhagie qui sont d'un pronostic fâcheux sont heureusement très rares. Dans les statistiques de Parker, sur trois cent vingt cas, nous ne voyons que 19 fois l'ulcération; et encore cette ulcération n'a pas déterminé chez tous des hémorrhagies.

La seule complication vraiment sérieuse et qui puisse assombrir un peu le pronostic, c'est la transformation en anévrysme cirsoïde; on voit alors apparaître des battements dans la tumeur, les vaisseaux périphériques se dilatent. Lorsque les choses se passent ainsi, il peut y avoir de graves hémorrhagies, mettant rapidement la vie du malade en danger.

C'est en raison de cela qu'il est préférable de

tenter un traitement précoce ; or, l'expérience a démontré que l'ablation complète et bien faite n'est jamais suivie de récurrence.

Il nous reste donc à envisager les méthodes de traitement et à nous arrêter à celles qui nous paraîtront les meilleures.

TRAITEMENT

Les procédés de traitement employés ou proposés pour guérir les tumeurs érectiles sont innombrables, et nous n'avons pas la pensée de les examiner ici un par un. Nous jetterons seulement un coup d'œil sur les plus importants et les plus connus.

On peut résumer ainsi les tentatives qui ont été faites dans ce sens : Essais d'inflammation de la tumeur pour amener l'oblitération des vaisseaux ; destruction de la tumeur ; diminution ou suspension du cours du sang.

Nous ne dirons rien des badigeonnages de teinture d'iode ni des applications astringentes locales après un vésicatoire. Plusieurs auteurs auraient eu des succès en scarifiant avec de la lymphe vaccinale la tumeur à traiter.

Les sétons simples et les sétons caustiques successivement essayés n'ont pas donné de résultats.

Marshall en 1831 a essayé le broiement sous-cutané dans le but de déterminer à la base de la

tumeur des brides de tissu cicatricielles qui l'isolent. J. Guérin basé sur la même idée essaya sans plus de succès les scarifications sous-cutanées.

Bœckel et quelques autres obtinrent des résultats dans les cas où la tumeur est bien limitée par des incisions permettant de la circoncrire.

Aux doigts on fit une incision circulaire, et on pratiqua la ligature de la collatérale correspondante, mais ce procédé est long et nécessite la section d'un des vaisseaux du doigt.

L'acupuncture, les cautérisations filiformes, les incisions multiples, l'ignipuncture, sont à peu près abandonnées aujourd'hui, cependant ces méthodes ont donné quelques succès, en particulier à M. le professeur Tillaux et à Tiersch de Bruxelles.

On a également essayé la galvano-puncture et l'électrolyse ; ces procédés si l'on va lentement, ne sont pas mauvais ; ils ont été employés avec un certain succès par Giraldès, Sédillot, Nélaton, Lücke, Trélat, etc. Des méthodes que nous venons d'énumérer, c'est peut-être la meilleure.

Ceux qui s'étaient proposé comme but de suspendre ou de diminuer le cours du sang ont innové de leur côté toute une série de méthodes.

Les réfrigérants ne nous arrêteront pas, Broca et L. Le Fort tentèrent des injections de perchlorure de fer, mais si les résultats furent bons dans certains cas il y en eut aussi où l'injection entraîna la gangrène et des accidents graves. Le nombre des liquides ou substances irritantes qui ont été

essayés en injection est incroyable. Pour n'en citer que quelques-uns, nous énumérerons : l'éther nitrique, l'ammoniaque, le tannin, l'eau de Bagliari, le peroxyde de fer, le nitrate d'argent, le nitrate acide de mercure, l'acide acétique, nitrique, le vin, l'alcool, le choral, le chlorure de zinc, etc., etc.

A côté de ce procédé, il y a la compression qui n'est guère bonne. Les méthodes de ligature des vaisseaux afférents ne donnent aucun résultat à cause de la richesse de la circulation collatérale.

Quant à la ligature du tronc d'origine employé par Travers, elle n'est pas applicable aux cas bénins et bien localisés comme dans les tumeurs érectiles des bourgeons charnus.

Reste enfin comme dernier groupe de méthode celui où l'on se propose de détruire la tumeur.

Les premières tentatives ont été faites par Fabrice de Hilden et Guthrie qui se servaient du cautère potentiel. Ce procédé, qui n'était peut-être pas d'une application facile autrefois, est devenu très commode depuis qu'on possède le thermo-cautère. On peut encore se servir de l'anse galvanique qui présente le double avantage d'agir comme écraseur et comme cautère tout à la fois. Cette méthode, qu'on emploie pratiquement le thermo-cautère ou l'anse galvanique, nous paraît de beaucoup supérieure aux caustiques chimiques dont on ne peut surveiller continuellement l'action.

L'écraseur simple a aussi été employé avec succès ; on peut par exemple pédiculiser la tumeur avec un lien élastique. Bœckel a même imaginé de faire la ligature sous-cutanée.

L'extirpation totale est évidemment la méthode la plus rapide et la plus radicale, mais il y a l'hémorrhagie à craindre.

Pour le choix de sa méthode, il faut tenir compte à la fois de la marche de la tumeur, de son étendue et de son siège.

Comme les tumeurs érectiles des bourgeons charnus sont d'ordinaire dans un siège facilement abordable, et qu'elles ne sont pas très volumineuses, il y a deux méthodes qui nous paraissent également bonnes. Ou bien on enlève la tumeur au thermocautère ou au galvano-cautère. Ou bien enfin et c'est le procédé le plus simple et le plus facile à réaliser, on sectionne la tumeur aussi bas que possible d'un coup de ciseaux ou au bistouri, puis avec le thermo-cautère faiblement rougi, on cautérise doucement pour arrêter l'hémorrhagie. Cela fait, les malades sont guéris à la chute de la petite escharre.

CONCLUSIONS

Après cette rapide étude nous croyons pouvoir conclure par les réflexions suivantes.

1° Les bourgeons charnus dans la cicatrisation des plaies peuvent devenir le point de départ de tumeurs érectiles que nous appellerons « tumeurs érectiles des bourgeons charnus ».

2° Ces tumeurs érectiles des bourgeons charnus sont des angiomes simples dans le sens actuel du mot c'est-à-dire des tumeurs à vaisseaux capillaires dilatés et hyperplasiés.

3° Ces tumeurs sont faciles à reconnaître et ne sont pas d'un pronostic grave ;

4° Néanmoins pour éviter les complications dont l'une, l'anévrysme cirsoïde, pourrait être grave, il est sage d'opérer de bonne heure ;

5° La méthode de traitement qui nous a paru la

meilleure et la plus simple, est celle que nous avons vu employer à l'hôpital de la Charité, c'est-à-dire l'excision suivie des cautérisations au fer rouge.

Vu : le Président de la thèse,

FOURNIER

Vu : le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

